

Identité du Résident

Nom :

Nom de Jeune Fille :

Prénom :

Prénom usuel :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Si Pays étranger, lequel ?

Date d'arrivée en France :

Langues parlées :

.....

Adresse

Domicile :

Téléphone :

Portable :

Avant l'entrée en institution vivant:

Seul

En famille

En structure hébergement

Autre

Le résident est-il informé de son admission en E.H.P.A.D. :

Oui Non

Est-il d'accord : Oui Non

Motif de l'admission :

Placement demandé par :.....

Provenance : Domicile Autre :

Protection Juridique : Aucune Sauvegarde de justice

Curatelle Curatelle renforcée Tutelle

Identité et Coordonnés du Tuteur ou Curateur :

.....

Médecin Traitant avant l'admission :

- Nom :

- Adresse :

- N° de téléphone :

Environnement Familial

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve)

Divorcé(e) Séparé(e) Pacsé Vie maritale

Remariage

MAISON DE RETRAITE CROIX D'ARGENT – JEAN PERIDIER

174, rue Jacques Bounin – 34070 MONTPELLIER – Tél : 04 67 42 78 86 – Fax : 04 67 42 12 91

accueil@ehpad-peridier.fr – www.ehpad-peridier.fr

Nombre d'enfants :

Noms	Prénoms	Date de naissance	Adresse	Mil	Téléphone	Date du DC

Liens Familiaux et Sociaux

- Visites régulières Oui Non Famille
 Amis Voisins

- Fréquences :

- Appels téléphoniques réguliers Oui Non

- Sorties régulières Oui Non

- Fréquences :

Parcours de vie durant l'enfance et l'adolescence

Fils ou fille de Mr et Mme

.....

Profession du Père :

.....

Profession de la Mère :

.....

Elevé par :

.....

Nombre de frères et de sœurs :

Noms	Prénoms	Date de naissance	Adresse	Mail	Téléphone	Date du DC

Lieu et habitation pendant l'enfance :

Niveau d'étude :

Diplômes obtenus :

Loisirs / Occupations / lors de l'enfance :

.....

*Événements marquants (familiaux, médicaux, sociaux,
à préciser) :*

Parcours de vie durant la vie Adulte

Profession principale exercée :

*Autres professions
exercées :*

Laquelle avez-vous préféré ? et pourquoi ?.....

.....

Quelles étaient vos occupations favorites

.....

.....

Pratiquiez-vous un ou plusieurs sports ? Lesquels ?

.....

.....

Événements marquants (familiaux, médicaux, sociaux, à préciser) :
.....

Parcours de vie depuis le début de la retraite

Date de départ à la retraite : / /

A quel âge ?

Déménagement : Oui Non

Si oui motif,

Reprise d'une activité professionnelle : Oui Non

Laquelle,

Motif,

(Choix, obligations financières, ...)

Avez-vous des animaux domestiques : Oui Non

Lesquels,

Êtes-vous fumeur Oui Non Nombre de
cigarettes par jour :

Ancien fumeur Oui Non

Habitudes alimentaires

Composition de vos repas et horaires

Petit déjeuner	Déjeuner	Gôter	Dîner	Nuit (collation)
Heure:	Heure:	Heure:	Heure:	Heure:
Composition	Soupe	Composition	Soupe	Composition
	Entrée		Plat chaud/ Viande / Poisson/ Œuf/	
	Viande/ Poisson/ Œuf/ Volaille		Légumes	
	Légumes		Salade	
	Fromage/ Laitage		Fromage/ Laitage	
	Dessert		Dessert	
	Café/ Tisane		Café/ Tisane	
Boisson	Boisson	Boisson	Boisson	Boisson

- Veillez rayer les composants du menu que vous ne prenez jamais. Ajouter la composition du petit déjeuner, du goûter et de la collation de nuit

Pain Biscottes Pain de mie
Autre,

Complément Alimentaire : Oui Non

Aliments et boissons préférés :

.....
.....

MAISON DE RETRAITE CROIX D'ARGENT – JEAN PERIDIER

174, rue Jacques Bounin – 34070 MONTPELLIER – Tél : 04 67 42 78 86 – Fax : 04 67 42 12 91

accueil@ehpad-peridier.fr – www.ehpad-peridier.fr

Aliments et boissons détestés :

.....
.....

Boissons à Table : Vin - Eau - Sirops - Jus de Fruits - Bières -
Autres à préciser

Boissons en dehors des repas : Eau - Sirops - Tisane - Jus de
Fruits - Bière - Café - Thé - Apéritifs -

- Rayer les mentions inutiles Alcools

Vous mangez plutôt ...



Trouble de l'appétit Oui Non

Lesquels,

Trouble de la déglutition Oui Non

- Usage d'épaississant Oui Non

- Usage d'eau gélifiée Oui Non

Régime alimentaire prescrit médicalement : Sans sucre

Sans Sel Autre

Texture des repas : Normal Haché Mixé

Allergies ou intolérances alimentaires :

.....

MAISON DE RETRAITE CROIX D'ARGENT – JEAN PERIDIER

174, rue Jacques Bounin – 34070 MONTPELLIER – Tél : 04 67 42 78 86 – Fax : 04 67 42 12 91

accueil@ehpad-peridier.fr – www.ehpad-peridier.fr

Comportement lors de la prise des repas

- | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Mange Seul | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Aide Partielle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Aide Totale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Mange lentement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Mange rapidement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Ne reste pas à table | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Boit seul | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| A stimuler | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| A surveiller | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Repas en salle à manger | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Repas en chambre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Remarques particulières sur

l'alimentation.....
.....

Repos et sommeil

Horaires du lever :

Horaires du coucher :

Sieste : Oui Non Lit Fauteuil Durée :
.....

Regarde la télévision avant de se coucher Oui Non

Au lit Au Fauteuil Habillé Déshabillé

Se lève seul Oui Non

Se couche seul Oui Non

Sommeil Régulier Oui Non

Se lève la nuit Oui Non

Pour quel motif

Lit médicalisé au domicile Oui Non

Barrières de lit au domicile Oui Non

Rituel avant le coucher (par exemple : verre d'eau sur table de nuit, mouchoir, volets ouverts, volets fermés, veilleuse, porte ouverte, porte fermée)

.....
.....
.....

Hygiène corporelle et esthétique

Horaire habituel de la toilette :

Toilette :

Seul Avec aide partielle Avec aide totale

Douche : Matin Soir

 Oui Non

Combien de fois par semaine

MAISON DE RETRAITE CROIX D'ARGENT – JEAN PERIDIER

174, rue Jacques Bounin – 34070 MONTPELLIER – Tél : 04 67 42 78 86 – Fax : 04 67 42 12 91

accueil@ehpad-peridier.fr – www.ehpad-peridier.fr

Bain : *Matin* *Soir*
 Oui *Non*

Combien de fois par semaine

Toilette au lavabo : *Oui* *Non*

Combien de fois par semaine ?

Shampoing : *Oui* *Non*

Combien de fois par semaine ?.....

Soins de Pédicurie : *Oui* *Non*

à quel rythme ?.....

Rasage seul : *Oui* *Non*

Combien de fois par semaine ?.....

Soins esthétiques :

Maquillage *Oui* *Non*

Lequel ?.....

Épilation *Oui* *Non*

A quel rythme ?.....

Manucure *Oui* *Non*

A quel rythme ?.....

Coiffeur : *Oui* *Non*

A quelle fréquence ?.....

Habitudes vestimentaires

L'habillement : *Seul* *Avec aide partielle*

Avec aide totale

MAISON DE RETRAITE CROIX D'ARGENT – JEAN PERIDIER

174, rue Jacques Bounin – 34070 MONTPELLIER – Tél : 04 67 42 78 86 – Fax : 04 67 42 12 91

accueil@ehpad-peridier.fr – www.ehpad-peridier.fr

Déshabillage : Seul Avec aide partielle
Avec aide Totale

Aide pour le haut Oui Non

Aide pour le bas Oui Non

Habitudes vestimentaires pour les femmes :

- Robes - Pantalons

- Jupes - Bas

- Chaussettes

Etes-vous frileux : Oui Non

Avez-vous des difficultés à supporter les grandes chaleurs ?

Oui Non

Mobilité et Déplacement

Etes-vous : Droitier Gaucher

Déplacement : • Seul

• Avec une canne simple • Avec une canne tripode

• Avec deux cannes simples • Avec un déambulateur

• Avec une canne anglaise • Avec un fauteuil roulant

• Avec deux cannes anglaises • Avec un fauteuil électrique

Pouvez-vous vous lever ou vous coucher : Seul

Avec aide partielle Avec aide Totale

Pouvez-vous monter les escaliers : Oui Non

MAISON DE RETRAITE CROIX D'ARGENT – JEAN PERIDIER

174, rue Jacques Bounin – 34070 MONTPELLIER – Tél : 04 67 42 78 86 – Fax : 04 67 42 12 91

accueil@ehpad-peridier.fr – www.ehpad-peridier.fr

Avez-vous déjà fait des chutes *Oui* *Non*

Combien de chutes durant les 6 derniers mois

Conduisez-vous toujours :

- Une voiture *Oui* *Non*

- Une mobylette *Oui* *Non*

- Un vélo *Oui* *Non*

Utilisez-vous les transports en commun : *Oui* *Non*

Lesquels ?.....

Elimination - Transit

Pouvez-vous aller au toilette : *Oui* *Non*

Seul

Avec aide partielle *Avec aide totale*

Incontinence urinaire : *Oui* *Non*

Incontinence fécale : *Oui* *Non*

Fuites urinaires légères à l'effort : *Oui* *Non*

Protection de jour : *Oui* *Non*

Protection de nuit : *Oui* *Non*

Tendance à la constipation : *Oui* *Non*

Tendance à la diarrhée : *Oui* *Non*

Autres appareillages

Troubles de l'audition : Oui Non

- Oreille droite

- Oreille gauche

Port d'un appareil auditif : Oui Non

Droit Gauche

Gère seul son appareil auditif : Oui Non

Troubles de la vision : Oui Non

Préciser lesquels

Port de lunette :

- Toute la journée

- Pour lire

Port de prothèses dentaires :

- Implant dentaire Oui Non

Sur quelles dents ?.....

- Appareil fixe Oui Non

À quel niveau ?.....

- Appareil dentaire complet Oui Non

Haut Bas

- Gère seul ses appareils dentaires Oui Non

Vie sociale et culturelles

Etiez-vous inscrit à des associations ou club Oui Non

Si oui, lesquels ?.....

Loisirs collectifs Oui Non

Loisirs individuel Oui Non

Lesquels ?.....

A la retraite avez-vous commencé de nouvelles activités ?

Oui Non

Lesquelles ?.....

Quelles activités souhaitez-vous continuer ou
apprendre ?.....

.....

En groupe ? Oui Non

Seul ? Oui Non

Avez-vous fait du bénévolat ? Oui Non

Lequel ?.....

Appréciez-vous d'être seul ? Oui Non

A certains moments de la journée

MAISON DE RETRAITE CROIX D'ARGENT – JEAN PERIDIER

174, rue Jacques Bounin – 34070 MONTPELLIER – Tél : 04 67 42 78 86 – Fax : 04 67 42 12 91

accueil@ehpad-peridier.fr – www.ehpad-peridier.fr

Religion :

Laquelle ?

Pratiquant : *Régulier* *Occasionnel*
 Pas du tout

Souhaitez-vous participer à un office religieux *Oui* *Non*

Nous souhaiterions savoir si vos proches possèdent une adresse électronique afin de pouvoir leur envoyer des courriers électroniques pour les tenir informés de la vie de l'établissement :

Oui *Non*

Si oui, veuillez préciser leurs adresses et préciser votre lien avec eux :

1/ _____ *2/* _____

3/ _____ *4/* _____

Possédez-vous votre propre adresse mail ? Si oui, veuillez préciser l'adresse :

ACTIVITE	OUI	NON	OBSERVATIONS PARTICULIERES A PRECISER			
Télévision						
Jardinage						
Ecoute radio						
Musique variétés						
Musique classique						
Tricot						
Broderie						
Lectures préférées						
Peinture						
Dessin						
Travaux de collage						
Travail du bois						
Cuisine						
Reportages sportifs						
Intérêt pour la politique						
Photographie						
Collectionneur						
Pêche						
Chasse						
Jeux de société						
Jeux de cartes						
Pétanque						
Aller au marché						
Gymnastique						
Vélo						
Marche ou randonnée						
Théâtre						
Cinéma						
Concert						
Autre						

MAISON DE RETRAITE CROIX D'ARGENT – JEAN PERIDIER

174, rue Jacques Bounin – 34070 MONTPELLIER – Tél : 04 67 42 78 86 – Fax : 04 67 42 12 91

accueil@ehpad-peridier.fr – www.ehpad-peridier.fr

- *Donnez-nous les renseignements permettant de mieux connaître les goûts : musique de variétés quels artistes, quels chanteurs*
- *Autres activités*

.....
.....

AUTRES RENSEIGNEMENTS susceptibles de compléter ce questionnaire d'habitudes de vie et qu'il serait important de connaître avant votre entrée en E.H.P.A.D.

.....
.....
.....
.....
.....

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire.

Fait à, le

Questionnaire complété par :

Le futur résident La famille / le tuteur

L'entourage

(Préciser) Nom - Prénom :.....

Nom - Prénom :

Qualité : Qualité :

Signature,

Signature,